



Fòmilè Depistaj ak Konsantman pou Vaksinasyon COVID-19*

Non Benefisyè a (tanpri enprime)		Non Prefere	
Dat nesans	Idantite seksyèl ou kounye a Endike idantite a pi ba a: <input type="text"/>	Kòd: W – Fanm/Ti Fi TW – Fanm/Ti Fi ki te Fèt Gason M – Gason/Ti Gason TM – Gason/Ti Gason ki te Fèt Fi NB – Moun ki Pa ni Fi ni Gason GNC – Idantite Seksyèl ki Pa Konfòm Q – Pa Fin Si/Ap Mande Tèt mwen NR – Chwazi pa Reponn GNL – Sèks la Pa nan Lis la (ekri li) *Pwonon sèks yo: ekri sou kote non kliyan an	
Sèks yo te ba ou lè ou te fèt Endike sèks la pi ba a <input type="text"/>	Kòd: M – Gason F – Fi I – Ki alafwa fi ak gason NR – Te chwazi pa reponn SNL – Oryantasyon Seksyèl ki pa nan Lis la (ekri)	Sitiyasyon matrimonyal Endike sitiyasyon an pi ba a: <input type="text"/>	Kòd: S – Selibatè D – Divòse M – Marye W – Vèf/Vèv V – Plase U – Pa konnen SEPARÉ – Separe legalman PATNÈ – Patnè Domestik
Adrès	Vil	Eta	Zip
Paran/Gadyen/Anchaje (si sa posib, tanpri enprime)		Telefòn	Lang ou Prefere
Etnisite Endike etnisite a pi ba a: <input type="text"/>	Kòd Etnisite: DECL – te Refize HIS – Orijin Ispanik NHL – Orijin ki Pa Ispanik UNK – Pa konnen	Ras Endike ras la pi ba a: <input type="text"/>	Kòd Ras: AIA – Amerendyen oswa Aborijèn Alaska ASN – Azyatik BAA – Afwo-Ameriken oswa Nwa DECL – te Refize NHP – Aborijèn Awayi oswa Moun Zile Pasifik yo WHT – Blan OTH – Lòt oswa Plizyè ras
Non Asirans Prensipal la	# ID Asirans Prensipal	Non/Dat nesans Patisipan an	Sa Patisipan an ye pou Pasyan an
Adrès Asirans Prensipal	# Gwoup Asirans Prensipal	# Nimewo Telefòn Asirans Prensipal	
Non Asirans Segondè	# ID AsiransSegondè	Non/DOB Abòne	Relasyon Abònen a ak Pasyan an
Adrès Asirans Segondè	# Gwoup Asirans Segondè	# Nimewo Telefòn Asirans Segondè	
Sit Klinik/Biwo kote yo administre vaksen an	Adrès/Nimewo Telefòn Doktè Swen Prensipal		

Kesyonè pou Depistaj

1.	Èske ou santi ou malad jodi a?	<input type="checkbox"/> Wi	<input type="checkbox"/> Non	
2.	Pandan 10 dènye jou yo, èske ou te fè tès COVID-19 poutèt ou te gen sentòm epi ou poko resevwa rezilta tès ou yo oswa èske gen yon pwofesyonèl medikal oswa yon depatman sante ki te di ou pou w izole tèt ou oswa mete tèt ou an karantèn lakay ou poutèt enfeksyon COVID-19, kontak ak COVID-19 oswa vwayaj?	<input type="checkbox"/> Wi	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pa konnen
3.	Èske yo te trete ou avèk terapi antikòd oswa plasma konvalesan pou COVID-19 nan 90 jou (3 mwa) ki sot pase yo? <i>Si wi, kilè ou te resevwa dènye dòz la?</i> Dat: _____	<input type="checkbox"/> Wi	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pa konnen
4.	Èske w ou janm gen yon reyaksyon alèjik imedyà (tankou itikè, figi anfle, difikilte pou respire, oswa anafilaksi) ak nenpòt vaksen, piki oswa ak nenpòt eleman nan vaksen COVID-19 la, oswa yon reyaksyon alèjik grav (anafilaksi) ak nenpòt ki bagay?	<input type="checkbox"/> Wi	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pa konnen
5.	Èske w te pran vaksen nan 14 jou (2 semèn) ki sot pase yo enkli vaksen kont grip la? <i>Si wi, depi konbyen tan ou te pran vaksen ki pi resan?</i> Dat: _____	<input type="checkbox"/> Wi	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pa konnen
6.	Èske ou ansent oswa ap reflechi sou vin ansent?	<input type="checkbox"/> Wi	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pa konnen
7.	Èske ou gen kansè, lesemi, VIH/SIDA, antesedan maladi oto-iminitè oswa nenpòt lòt pwoblèm sante ki afebli sistèm iminitè a?	<input type="checkbox"/> Wi	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pa konnen

8.	Èske ou pran nenpòt medikaman ki afekte sistèm iminitè ou, tankou kòtizòn, prednizòn oswa lòt estewoyid, dwòg antikansè, oswa èske ou te sibi nenpòt tretman radyasyon?	<input type="checkbox"/> Wi	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pa konnen
9.	Èske ou gen yon maladi k ap senyen oswa w ap pran yon anti-kowagilan?	<input type="checkbox"/> Wi	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Pa konnen
10.	Èske ou te resewa yon dòz vaksen COVID-19 la anvan sa?	Si se wi, ki vaksen?	Moderna Pfizer	<input type="checkbox"/> Non Dat: (Si li posib)

Otorizasyon pou Itilizasyon Dijans

FDA te fè vaksen COVID-19 la disponib dapre yon otorizasyon pou itilizasyon ijans (emergency use authorization, EUA). Yo itilize EUA lè sikonstans egziste pou jistifye itilizasyon ijans dwòg ak pwodwi biyolojik pandan yon ijans, tankou pandemi COVID-19 la. Vaksen sa a pa sibi menm kalite revizyon tankou yon pwodwi FDA apwouve oswa otorize. Sepandan, desizyon FDA a pou fè vaksen an disponib baze sou totalite prev syantifik ki disponib, ki montre ke potansyèl avantaj yo konnen sou vaksen an depase risk potansyèl yo konnen yo.

Konsantman

Mwen te li, oswa yo te eksplike mwen, papye enfòmasyon sou vaksen COVID-19 la. Mwen konprann ke si vaksen mwen an egzije de dòz, yo pral bezwen administre (bay) mwen de dòz vaksen sa a pou li ka efikas. Mwen te gen yon chans poze kesyon ke yo te reponn dapre satisfaksyon mwen (epi mwen asire moun ki site pi wo a ki se moun mwen otorize pou bay konsantman manman pòtèz te gen yon chans tou pou poze kesyon). Mwen konprann avantaj ak risk vaksinasyon an jan sa dekri a.

Mwen mande pou yo ban mwen (oswa moun ki gen non li pi wo a ki se moun mwen otorize pou fè demann sa a pou li epi bay konsantman mwen kòm anchaje) vaksen COVID-19 la. Mwen konprann mwen pa pral peye anyen pou vaksen sa a. Mwen konprann ke nenpòt lajan oswa avantaj pou administre vaksen an pral asiyen ak transfere bay founisè vaksinasyon an, ki gen ladan avantaj/lajanki soti nan plan sante mwen an, Medicare oswa lòt twazyèm pati ki responsab finansyèman pou swen medikal mwen an. Mwen otorize divilge tout enfòmasyon ki nesèsè (ki gen ladan men pa limite a sa sèlman dosye medikal, kopi reklamasyon yo ak bòdwo detaye) pou verifye peman epi jan sa nesèsè pou lòt rezon sante piblik, ki gen ladan rapòte rejis vaksen ki aplikab yo.

Benefisyè a/Anchaje/Gadyen (Siyati) benefisyè a Dat/Lè Ekri Non Ou Sa ou ye pou pasyan an (si se pa benefisyè a)

ID entèprèt telefònik Dat/Lè
OSWA

Siyati: Entèprèt la Dat/ Lè Ekri an lèt detache: Non Entèprèt la ak Relasyon li ak Pasyan an

Area Below to be Completed by Vaccinator

Which vaccine is the patient receiving today?

Vaccine Name	Administration		EUA Fact Sheet Date	Manufacturer & Lot Number
Pfizer/ BioNTech	<input type="checkbox"/> First Dose	<input type="checkbox"/> Second Dose		
Moderna	<input type="checkbox"/> First Dose	<input type="checkbox"/> Second Dose		
Astra-Zeneca	<input type="checkbox"/> First Dose	<input type="checkbox"/> Second Dose		
Janssen	<input type="checkbox"/> Single Dose			

Administration Site Left Deltoid Right Deltoid Left Thigh Right Thigh

Dosage 0.5 ml 0.3 ml

I have provided the patient (and/or parent, guardian or surrogate, as applicable) with information about the vaccine and consent to vaccination was obtained.

Vaccinator Signature: _____

**Use of this form is optional. In the ongoing effort to address health disparities it is essential that all demographic information is collected at the time of COVID-19 vaccination including sex/gender identity and race/ethnicity.*

Updated January 20, 2021